

吉川高等特別支援学校長 様

## 薬に関する依頼書(頓服薬用)

令和 年 月 日

保護者氏名(自署) \_\_\_\_\_

依頼対象者 \_\_\_\_\_ 年 組 氏名 \_\_\_\_\_

あてはまる項目にチェックしてください。

- 学校において薬を使用する場合がありますが、薬の預かりは必要ありません。
- 学校において薬を使用する場合がありますので、薬の預かりをお願いします。

使用前 保護者の許可  必要あり  必要なし使用後 保護者への連絡  使用直後に電話連絡  連絡帳で連絡

診断名 又は症状		
使用の目安 ※できるだけ詳しく記入してください		
薬名	1回量	注意事項(使用方法や使用後の対応等)
医療機関・医師名	電話 ( )	

※頓服薬：喘息発作の薬、向精神薬、鎮痛剤等、応急処置として使用する薬

※薬を預ける場合は、2回分をご提出ください。

※薬の説明書のコピーを添付してください。

※薬の内容、量が変更になった場合は学級担任へご連絡ください。